Die Tendovaginitis crepitans und ihre Behandlung.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Hermann Warth,
approb. Arzt aus Stuttgart.

Tag der Promotion: 28. April 1920.

Hermann Blanke's Buchdruckerei, Berlin C. 54,
Kleine Rosenthalerstr. 9.

356

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Dekan: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner.

Referenten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand.
Prof. Dr. Köhler.

Auszug.

Die Arbeit beginnt mit einem historischen Ueberblick über die pathologisch-anatomische Definition der Tendovaginitis crepitans und stellt zu Beginn fest, dass zwischen den alten Definitionen und den in den modernen Lehrbüchern der Chirurgie sich findenden ein wesentlicher Unterschied nicht besteht. Denn überall wird die Tendovagnitis noch als eine Synovitis sicca aufgefasst. Diese Auffassung ist jedoch nur teilweise richtig, denn französische Autoren haben schon vor Jahrzehnten darauf hingewiesen, dass in zahlreichen Fällen die Lokalisation der Erkrankung der Auffassung derselben als einer Synovitis widerspricht und die neuen Forschungen von Brauer, Weiss, Küttner, v. Frisch, Troell u. a. haben gezeigt, dass die Formulierung als Synovitis sicca nur für einen Teil und zwar den kleineren Teil der Erkrankungsfälle Gültigkeit hat.

An umfangreichem Material erörtert die Arbeit zunächst die Aetiologie der Tendovaginitis crepitans und kommt zu dem Schluss, dass in der Mehrzahl die Erkrankungen an Tendovaginitis crepitans auf einer länger dauernden einseitigen funktionellen Inanspruchnahme der betreffenden Teile oder auf einer kürzere Zeit dauernden übermässigen Inanspruchnahme dieser Teile beruht, d. h. nach der Definition Troells auf einem prolongierten oder subacuten Trauma. Ein ganz geringer Prozentsatz entsteht durch ein einmaliges, stumpfes Trauma. Nicht von der Hand zu weisen ist auch ein gewisser Zusammenhang der Erkrankung mit rheumatischer Disposition. In Fällen mit rheumatischer Disposition führt die Erkrankung zum Symptomencomplex der Tendovaginitis crepitans, wobei jedoch des öfteren die Crepitation fehlt. Für den Zusammenhang der Tendovaginitis crepitans mit rheumatischer Disposition spricht auch die von Oser einwandfrei beobachtete Tatsache, dass die Krankheit an Häufigkeit zunimmt in den Monaten, welche eine Steigerung der sogenannten rheumatischen Erkältungskrankheiten bringen. In bezug auf die Lokalisation des Prozesses wird übereinstimmend mit den früheren Beobachtungen festgestellt, dass die Mehrzahl der Erkrankungen auf die obere Extremität entfällt (72%). Für die Aetiologie bemerkenswert ist, dass vorwiegend die rechte Seite der oberen Extremität befallen war. Der weitaus grösste Teil der Erkrankungen ist auf der Streckseite lokalisiert. Nur die Achillessehne macht eine häufige Ausnahme. Sonst gehört die Lokalisation auf der Beugeseite zu den Seltenheiten, wird jedoch auch ab und zu beobachtet. Die eingehende Erörterung der Untersuchungen von Troell und v. Frisch, sowie der anatomischen Untersuchungen von Küttner und Weiss lässt den einwandfreien Schluss zu, dass in den meisten Fällen der

Prozess der traumatischen Entzündung sich im peritendinösen Bindegewebe abspielt. Für die Entstehung der Crepitation findet sich kein Anhaltspunkt. Nur in den Fällen, in welchen die crepitierende Entzündung sich an ein akutes stumpfes Trauma anschliesst, ist die Ursache der Crepitation ein im Bereich der Sehnenscheiden entstandenes Haematom, von welchem bekannt ist, dass es auch bei anderer Lokalisation Crepitation hervorrufen kann.

Die Dauer der Erkrankung ist abhängig von dem Zeitpunkt, an welchem der Patient in Behandlung gelangt. Bei den meisten beschriebenen Fällen mit protahiertem Verlauf konnte festgestellt werden, dass der Patient sich erst nach längerer Zeit in Behandlung begab. Im allgemeinen beträgt die Dauer der Erkrankung 2—3 Wochen.

Zusammenfassend stellt die Arbeit fest, dass der Krankheitsprozess der Tendovaginitis crepitans sich in der Mehrzahl der Fälle extrasynovial, peritendinös zwischen verschiedenen Fascienschichten der Extremitäten abspielt. Nur für einen kleinen Teil der Erkrankungen hat die Auffassung des Prozesses als einer Synovitis sicca vielleicht noch Geltung. Aetiologisch spielt die bedeutendste Rolle oft wiederholte einförmige Bewegung einer Muskelgruppe und Ueberanstrengung einer solchen. Viel seltener ist stumpfes, acutes Trauma die Ursache. Individuen mit rheumatischer Disposition erkranken wahrscheinlich besonders leicht an Tendovaginitis crepitans und die sogenannten Spontanfälle dürften rheumatischer Natur sein. Die Aehnlichkeit in Aetiologie, Pathogenese und path. anat. Befund mit anderen, meist chronischen Extremitätenerkrankungen macht es wahrscheinlich, dass die Crepitation nur bei einem Teil der Erkrankungen vorkommt und dass insbesondere bei chronischem Verlauf des Uebels, der meist bei Vernachlässigung desselben eintritt, eine Tendovaginitis (besser Peritendinitis) crepitans sine crepitatione vorliegt. Doch bedürfen diese Ergebnisse noch der Stützung durch weitere Forschungen, vor allem pathologisch-anatomischer Art.

Es folgt ein Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden der Tendovaginitis crepitans. Als zweckmässigste Behandlung muss auch heute noch die Immobilisierung des betreffenden Teils und die in neuer Zeit allgemein angewandte Massage-Therapie bezeichnet werden. Besonders erörtert ist die von Bier eingeführte Behandlung mit aktiver und passiver Hyperaemie. Die Schnelligkeit der Heilung wurde vor allen durch die passive Hyperaemie stark gefördert. Die von Oser 1911 beschriebene Behandlung mit 15%iger Fibrolysinlösung hat zwar nach Oser Erfolge gezeitigt, dürfte aber im allgemeinen für die Praxis nicht in Frage kommen, da die vorher beschriebenen Behandlungsmethoden einfacher und schmerzlos sind und wohl im allgemeinen zu demselben Ergebnis führen.